

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 105

TROUBLES de la MICTION
du
POST-PARTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Juin 1929.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine TROMBETTA

Né le 19 Mai 1904 à ZIGLIARA (Corse)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

**TROUBLES DE LA MICTION
DU POST-PARTUM**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 105

TROUBLES de la MICTION

du

POST-PARTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Juin 1929.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine TROMBETTA

Né le 19 Mai 1904 à ZIGLIARA (Corse)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histologie naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédestique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Leon,
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

R. UNIV.

M. BAYLE, secrétaire.

BIBLIOTHEQUE
LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, président ; GAYET, assesseur ;
SANTY et RHENTER, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
Docteur en Médecine

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur dois tout. Faible témoignage
de profonde reconnaissance et de filiale
affection.

A MA FEMME

Je lui dédie ce modeste travail en
témoignage de mon inaltérable ten-
dresse.

A MA SŒUR CHARLOTTE
Docteur en Médecine

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

*Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur*

La clarté de son enseignement, ses consultations pleines d'intérêt nous ont fait aimer l'obstétrique. Il nous a inspiré l'idée de ce travail et nous a guidé de ses conseils. Il fut pour nous en maintes circonstances, le meilleur des maîtres. Nous le prions de trouver ici, avec notre sincère gratitude, l'expression de notre respectueux attachement.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux

Il nous a été donné de suivre le merveilleux enseignement clinique de ce maître bienveillant, dont l'amabilité à notre égard ne s'est jamais démentie. Nous le remercions du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse et nous le prions d'accepter l'hommage de notre profond respect.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

M. LE PROFESSEUR GAYET

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous gardons un souvenir reconnaissant de son enseignement clinique clair et précis.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Que nous remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre jury.

A M. LE DOCTEUR V. RICHER

Il n'a pas cessé de nous prodiguer ses encouragements et ses conseils au cours de cette étude. Nous l'assurons de notre dévouement.

A NOS MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Avant-Propos

Nous avons profité de l'accueil bienveillant que nous fit M. le Professeur agrégé RHENTER dans son service, à l'hôpital de la Croix-Rousse, pour reprendre, sous sa direction, l'étude des troubles du Post-partum qui fait aujourd'hui l'objet de notre thèse.

Avant d'entreprendre ce travail, nous ne voudrions manquer à l'agréable devoir qu'est le témoignage de notre gratitude à tous ceux qui, pendant cinq ans, ont assuré notre formation professionnelle.

Ayant eu l'heureuse fortune d'approcher des maîtres éminents tant à l'Hôpital qu'à la Faculté, de tous nous garderons un souvenir durable et excellent. Qu'ils nous permettent de leur adresser ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance. A la Faculté :

Nous remercions tout spécialement M. le Professeur Etienne MARTIN, professeur de Médecine légale, dont nous avons pu apprécier la bienveillance pendant cette dernière année d'études médicales ; nous n'oublierons jamais ses leçons, toutes faites avec art et simplicité. Nous avons trouvé un accueil non moins aimable auprès de M. le Professeur agrégé MAZEL. Nous l'en remercions bien vivement.

A l'Hôpital, M. le Professeur agrégé RHENTER nous a ouvert largement les portes de son service et ne nous a jamais mesuré ni son temps ni ses conseils. Nous n'oublierons pas l'honneur qu'il nous a fait en nous inspirant le sujet de notre thèse et en voulant bien s'intéresser à notre travail. Qu'il trouve ici les remerciements que nous lui adressons avec tout notre cœur et d'autant plus vivement que nous lui devons la plus grande partie de nos connaissances obstétricales.

C'est aussi dans les publications de M. le Docteur V. RICHER sur la « Chirurgie du muscle vésical » que nous avons trouvé les éléments de thérapeutique les plus précieux se rapportant à notre travail. Il a bien voulu nous en donner les extraits principaux et nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

Nous remercions également M. BANSILLON, Chef de Clinique obstétricale et M. PIGEAUD, Chef de Laboratoire à la Clinique ostétricale.

A. T.

TROUBLES DE LA MICTION DU POST-PARTUM

Introduction

Au cours des accouchements laborieux et des interventions ostétricales les organes génito-urinaires sont assez souvent lésés. Le traumatisme porte rarement sur la cloison vésico-vaginale antérieure seule ; dans la plupart des cas il intéresse surtout le sphincter et même l'urètre. Ces lésions, même minimales, déterminent des troubles de la miction extrêmement pénibles : *rétenction ou incontinence*.

Le perfectionnement de la technique obstétricale a diminué notablement la fréquence de ces troubles. La littérature, surtout étrangère et plus spécialement allemande, a publié au cours de ces dernières années plusieurs observations d'incontinence d'urine consécutive à l'accouchement. Nous avons constaté cependant, que les auteurs qui s'occupent de cette question, se plaçant uniquement sur le terrain chirurgical délaissent l'étude pathogénique et clinique et décrivent seulement les différents procédés de la cure radicale de l'incontinence.

Il nous a paru intéressant d'étudier les troubles

fonctionnels de la miction en nous plaçant cette fois sur le terrain obstétrical et en nous efforçant d'en déterminer l'origine exacte. Nous attirerons aussi l'attention sur l'importance et la fréquence de ces manifestations liées à une atteinte parfois très légère du système neuro-musculaire de la vessie, du sphincter et de l'urètre.

Nous éliminerons de ce travail les *infections urinaires des suites de couches* et les *fistules vésico-vaginales* pour retenir les seuls troubles purement *fonctionnels*, c'est-à-dire « l'INCONTINENCE et la RÉTENTION ». L'incontinence, manifestation morbide d'une gravité plus grande que la rétention, occupera la première place dans cette étude. En effet, si elle n'est pas judicieusement traitée, la malade devient une véritable infirme.

Nous adopterons le plan suivant :

La première partie sera consacrée à l'étude de l'incontinence, nous en rechercherons l'origine obstétricale, nous en ferons l'étude clinique avec le diagnostic et le traitement.

Dans la seconde partie nous traiterons de la rétention en nous efforçant surtout d'en éclaircir la pathogénie.

CHAPITRE PREMIER

Historique

En 1815, les classiques passent encore sous silence les troubles de la miction d'origine obstétricale. Dans la thèse de Coquin, dit Martel, sur « l'Hygiène de la femme après l'accouchement » nous relevons le passage suivant :

« L'urine est toujours assez abondante par l'usage des boissons appropriées : tisanes d'orge, de chiendent, de réglisse, ou infusions de tilleul, de camomille, de fleurs de sureau ; si l'urine est légèrement sédimenteuse, c'est un favorable augure, elle prévient les dépôts laiteux ».

Gouville, le premier en 1830, attire l'attention sur la difficulté qu'éprouve quelquefois les femmes à uriner après l'accouchement. Il préconise alors le cathéterisme.

En 1835, Merger voit déjà dans le boursoufflement

du méat urinaire et des parties avoisinantes la raison pour laquelle la nouvelle accouchée urine parfois difficilement. En 1849, Jobert de Lamballe, dans son traité de chirurgie plastique, envisage les causes et le traitement de la destruction urétrale. En 1851, d'Hôtel insiste sur la nécessité d'un examen de l'état de la vessie après l'accouchement.

En 1860, Marchand cite l'opinion de Dubois :

« Pendant le travail les parois de la vessie et les nerfs qui l'animent sont comprimés entre deux plans résistants, la symphyse pubienne et l'utérus considérablement durci ; ils sont froissés, coutus ; de là paralysie du réservoir urinaire ».

En 1863, Baker Brown crée une fistule sous-pubienne dans un cas où la réfection lui paraissait impossible.

En 1877, Mons dit dans sa thèse :

« Dans l'accouchement tout travail lent et difficile, toute opération ostétricale peuvent être suivis de cystite, d'incontinence et de rétention d'urine ».

A cette date paraît aussi la thèse de Schamarbeck. L'auteur rapporte cinq observations grâce auxquelles il prétend démontrer que la syphilis est acteur principal dans les cas de destruction du canal pendant les accouchements et les interventions obstétricales.

En 1878, Lawson Tait, pour un cas d'incontinence fait une tentative de réparation autoplastique grâce à un lambeau vaginal. Puis de Sayre, en 1879, Lebedeff et Schröder en 1880, Freund en 1881, obtiennent un canal parfait au point de vue fonctionnel au moyen d'autoplasties.

Budeloff dans sa thèse rapporte plusieurs observations et incrimine, comme Scharmarbeck, les localisations spécifiques dans la pathogénie de l'incontinence. En 1882, nous trouvons la thèse de Robert sur la rétention d'urine, le traité « de l'art de l'accouchement » de Tarnier et les travaux de Lucas Championnière qui conseille le cathéterisme pendant les quatre ou cinq jours qui suivent l'accouchement. Par contre, en 1883, Prieur conseille de pratiquer le cathéterisme le moins souvent possible. Puis Cazeaux, Joulin, Mattei, Charpentier, Fordyce Backer de New-York, Award, s'efforcent d'éclaircir la pathogénie de la rétention.

En 1887, Engstram guérit une incontinence par simple resserrement du canal de l'urètre.

En 1891, Froelich, dans son importante thèse rassemble 53 cas d'incontinence. Duret, pour remédier à une incontinence d'urine très probablement fonctionnelle transforme le méat en une véritable fente transversale et l'attire fortement en haut pour le suturer tout près du clitoris. En 1892, Pousson dans un cas analogue fait subir au canal de l'urètre une torsion de 120°, l'élève fortement en haut et suture le méat au clitoris.

En 1893 paraît la thèse de Recht : « De la miction chez les femmes en couches ». L'auteur envisage uniquement la rétention d'urine. En 1896, Delbet, Hartmann, Lecène, décrivent différents procédés de traitement de l'incontinence. Vient ensuite le rapport de Legueu au X^e congrès de chirurgie de 1896. En 1897 nous lisons la thèse de Philbert, en 1900 les travaux de Gersuny et Kapsamer. Ces derniers recourent à l'emploi

de la paraffine et l'injectent autour du canal de l'urètre afin d'obtenir soit un rétrécissement régulier de la lumière du canal, soit une déformation de ce canal pareille à celle du canal de l'urètre de l'homme à la suite de l'hypertrophie de la prostate.

Sellheim, en 1904, à Breslau, fait une communication à une réunion de médecins d'Allemagne sur son procédé de restauration de l'urètre féminin en employant des portions musculaires pelviennes.

En 1906, nous trouvons la thèse de Cottard et en 1909, le mémoire de Nové Josserand et Cotte.

En 1912, Guldjoglou publie un article très intéressant sur les troubles de la miction d'origine obstétricale et décrit un procédé de restauration de l'urètre imaginé par son maître Marion.

Enfin dans ces dernières années un grand nombre de publications étrangères, allemandes pour la plupart, attirent l'attention sur la place primordiale qu'occupe le sphincter vésical en tant qu'appareil d'occlusion de la vessie ; elles traitent en outre des myoplasties de ce sphincter... ce sont les travaux de Goëbell, Stœckel, Franz, Sheldon, Borchard, Le Fort, Giordano, Schultze, Luséna, Watson, Young.

Plus récemment encore parurent en France le mémoire de V. Richer (de Lyon) sur « La Chirurgie du muscle vésical », ainsi qu'un article de Jean Pérard sur « La Restauration chirurgicale de l'urètre chez la femme » (septembre 1928).

PREMIÈRE PARTIE

INCONTINENCE

CHAPITRE II

Etude anatomo-pathologique

D'après les données récentes de Young et Wesson sur l'anatomie du muscle vésical, il ressort que le sphincter vésical est constitué :

- 1° Par un muscle sphincter strié, muscle périnéal.
- 2° Par un sphincter lisse, non autonome.

Il a été prouvé aussi que le muscle trigone est indépendant. Kôlischer enfin a émis le premier cette conception à savoir que l'urètre et le sphincter n'étaient pas annulaires.

Cette nouvelle conception du muscle vésical nous explique ainsi pourquoi les lésions portant sur la moitié antérieure de l'urètre et du sphincter ne donnent pas d'incontinence.

L'Incontinence vraie sera donc le résultat de la destruction du système neuro-musculaire de la partie postérieure de l'orifice et même du trigone. Cette destruction survenant au cours d'un accouchement ou d'une

intervention obstétricale se présente sous deux aspects différents :

Dans l'un il n'y a pas de destruction morphologique, pas de perte de substance, mais simplement insuffisance fonctionnelle due à une paralysie ou à une perte d'élasticité et de tonicité des organes génito-urinaires. Il se fait un prolapsus de la paroi vaginale antérieure qui conduit à la distension de l'orifice urétral interne et à l'urétrocèle. L'Incontinence sera partielle et temporaire ; il s'agit « d'anatomie sphinctérienne ». Dans l'autre, au contraire, il y a destruction morphologique plus ou moins considérable de la cloison métrou-vaginale : il y a perte de substance. Ce sont les destructions « non perforantes » du sphincter. La déchirure musculaire peut être assez superficielle ou très étendue. Elle va quelquefois jusqu'à la muqueuse sans intéresser celle-ci. On assiste alors à la formation d'une urétrocèle isolée avec cul-de-sac au-dessous de l'orifice urétral externe où l'on peut introduire une sonde. Le canal de l'urètre est dilaté en forme de tonneau et la muqueuse de la paroi urétrale postérieure se trouve presque prolabée à l'orifice du vagin.

L'Incontinence est ici progressive, mais définitive sauf intervention appropriée. Au moindre effort l'urine s'écoule au dehors. La Cystoscopie montre une dépression sur le bord du sphincter, sans fistule. Ce bref aperçu anatomo-pathologique nous entraîne à différencier les incontinenccs sans lésions morphologiques apparentes et les incontinenccs avec destructions morphologiques du sphincter.

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie

La destruction organique du système neuro-musculaire d'occlusion de la vessie, consécutive à l'accouchement, paraît être due à la justesse d'un bassin limite, au volume prononcé de la tête fœtale et surtout au séjour trop prolongé de cette dernière dans l'excavation pelvienne. Signalons aussi le ramollissement et la friabilité très grande que subissent les organes génito-urinaires pendant la grossesse et particulièrement au cours de l'accouchement, et cet état de choses s'accroît quand nous sommes en présence d'un état pathologique (localisations spécifiques par exemple).

Nous avons vu que la destruction peut être légère, aboutissant à une « Atonie sphinctérienne », ou bien sévère déterminant alors de véritables pertes de substance.

Nous allons les étudier toutes deux et tâcher d'expliquer le mécanisme selon lequel se font ces lésions.

1° Atonie sphinctérienne

La physiologie de l'urètre et du sphincter nous apprend que ces deux éléments contractiles sont entourés de muscles qui réglementent le mécanisme de la miction et de la continence. Cette musculature provient de couches musculaires externes et moyennes de la vessie et forment deux anses autour du sphincter à l'origine de l'urètre (Young-Wesson). Les fibres de la couche moyenne forment une anse descendante appliquée sur la paroi postérieure de l'urètre ; les fibres de la couche externe forment une anse horizontale et passent latéralement de part et d'autre du col vésical. Cette conception de la musculature uréthro-vésicale est à peu près unanimement admise.

Il suffira donc qu'une compression exagérée et prolongée traumatise et paralyse ces fibres musculaires pour que le sphincter se relâche et qu'une incontinence s'établisse.

Cette compression se fera durant l'engagement, la descente, la grande rotation de la tête fœtale dans l'excavation et le dégagement. Tous les tissus du septum vésico-vaginal, tendus au maximum, seront fortement tiraillés et comprimés par le glissement de la tête, d'où lésions nerveuses et fibrillaires. Aussi après l'accouchement l'urètre et le sphincter qui auront été principalement touchés et distendus, ne reviendront pas sur eux-mêmes ; ils demeureront lâches. Ils cesseront alors de remplir leur rôle d'appareils d'occlusion et une incontinence d'urine plus ou moins durable s'établira.

2° Destruction morphologique

Dans les destructions morphologiques le sphincter présente les mêmes phénomènes que dans le cas de destruction fonctionnelle avec toutefois un degré de gravité beaucoup plus marqué. Les causes qui les déterminent étant plus violentes, le séjour de la tête dans l'excavation étant plus prolongé et de ce fait la compression exercée par cette dernière sur le sphincter étant aussi beaucoup plus forte, les dégâts qui en résultent n'en sont que plus considérables. Ce n'est pas un simple relâchement par paralysie du sphincter que nous avons ici, mais une lésion beaucoup plus profonde.

Des ruptures interstiellles se produisent ; certaines fibres dégènèrent du fait d'un arrêt de nutrition et une escharre, souvent très petite, apparaît ; elle est occasionnée très vraisemblablement par l'écrasement de la cloison uréthro-vaginale, la tête foetale la refoulant brutalement contre la symphyse pubienne.

La portion mortifiée, nécrosée sera éliminée plus ou moins longtemps après l'accouchement.

Dans les accouchements difficiles les destructions traumatiques auront pour origine une *intervention instrumentale* ou *manuelle*.

Parmi les causes instrumentales, rappelons les plus importantes :

Il est admis, à l'heure actuelle, que l'APPLICATION DE FORCEPS incriminée par différents auteurs n'est point une opération dangereuse pourvu qu'elle soit

faite méthodiquement et tempestivement , il est vraisemblable qu'elle est dangereuse quand elle est pratiquée tardivement et précisément parce que la cloison urétho-vaginale, longtemps comprimée par la tête fœtale, finit par être d'une friabilité excessive.

Une application précoce de forceps prévient donc un semblable accident plutôt qu'elle ne le détermine. Néanmoins toutes les fois que le Forceps sera employé dans des conditions défavorables et manié plus ou moins brutalement, il causera des dégâts sérieux à la faveur d'une rotation, d'une traction intempestive ou d'un dérâpement.

LA CRANIOTOMIE ET LA BASIOTRIPSIE sont une autre cause de traumatisme de la cloison ou du sphincter, soit que le perforateur glisse sur la tête fœtale, soit qu'une manipulation maladroite dirige l'instrument directement sur cette cloison ou ce sphincter. D'autre part les esquilles osseuses qui, au cours de ce travail, font quelquefois hernie à travers le cuir chevelu, deviennent à leur tour une source de dangers.

Nous faisons les mêmes remarques au sujet de l'EMBRYOTOMIE rachidienne qui expose la parturiente à de graves lésions si les instruments ne sont pas maniés méthodiquement. Des esquilles osseuses provenant des sections costales peuvent menacer les organes du petit bassin. Dans la SYMPHYSÉOTOMIE, on note surtout des déchirures bénignes avec lésions nerveuses qui déterminent une insuffisance fonctionnelle passagère du sphincter. Cependant nous avons relevé dans la littérature quelques cas dans lesquels la destruction

était assez profonde. Imbert (de Marseille) en a présenté une observation au congrès de chirurgie de 1924.

Voilà citées les plus fréquentes interventions instrumentales qui peuvent léser le muscle vésical. Les destructions survenant à la suite d'*interventions manuelles* plus ou moins intempestives (grande extraction du siège, version) sont assez rares.

Notons aussi que des observations ont été relevées sur la destruction spontanée du système neuro-musculaire de la paroi du sphincter ou du canal, destruction causée par la présence d'une exostose pubienne (Meissner) ou d'un calcul vésical (Winckel). Ces faits semblent être excessivement rares et nous les indiquerons simplement pour mémoire.

A côté de ces exostoses, Hecker avait remarqué la concomitance des symphyses pubiennes hautes avec la compression de la partie postérieure des organes génito-urinaires par la tête du fœtus.

A la fin de ce chapitre, il faut aussi faire la part du prolapsus cysto-recto-génital consécutif à l'accouchement ; il détruit par tiraillement la musculature uréthro-vésicale. Le poids des organes tels que l'utérus qui ont tendance à faire hernie à travers la vagin, produit peu à peu un arrachement et une distension du sphincter uréthro-vésical.

Rappelons en dernier lieu que certaines ulcérations locales inflammatoires qui, au cours de l'accouchement, se propagent de proche en proche, lèsent certaines fibres et créent aussi parfois une incontinence.

CHAPITRE IV

Etude clinique

Comme nous l'avons signalé, il s'agit le plus souvent de malades qui, à la suite d'un accouchement laborieux, compliqué ou non d'intervention instrumentale ou manuelle présentent le symptôme capital qui est l'incontinence totale ou partielle avec ses conséquences ulcératives.

Cette incontinence peut se déclarer après l'accouchement, mais elle peut aussi n'apparaître que plus tard. Elle peut être faible, intermittente et augmenter progressivement, ou elle peut être au contraire continue d'emblée. C'est quelque fois à l'occasion d'un effort insignifiant : toux, rire, éternuement, défécation, que les urines s'écoulent au dehors sans besoin. La malade se sent mouillée et en est très surprise. Dans d'autres cas les femmes atteintes de cette infirmité perdent leurs urines constamment, aussi bien le jour que la nuit, quelle que soit la position. Les lésions sont alors très profondes. Les malades doivent alors se gar-

nir d'une façon continue, et malgré les soins de propreté qu'elles prennent, leur vulve et la face interne de leurs cuisses étant toujours en contact avec l'acide urique de l'urine, deviennent rapidement le siège d'érythèmes divers. A ces symptômes se surajoutent l'odeur nauséabonde qui ne tarde pas à apparaître, ainsi que les escoriations douloureuses et infectées qui nécessitent de longs traitements locaux. Une cure radicale de la cause peut seule les faire disparaître.

A côté de ces lésions locales la malade présente en outre un état mental des plus déprimés. Elle est triste, inquiète et nous rappelle volontiers la psychopathe à tendances neurasthéniques.

Pour l'examen des symptômes physiques, il faut placer la femme dans la position ostétricale et l'examiner à l'aide du spéculum.

Dans les *insuffisances fonctionnelles* on ne trouve rien : vuve, vessie, rectum sont normaux le plus souvent. On remarque parfois la coexistence de cystocèle, de rectocèle ou de prolapsus utérin.

Quand il y a *destruction morphologique*, la déchirure musculaire de la cloison se traduit :

1° Par une minceur de la paroi urétro-vaginale, constatée au doigt après l'introduction d'une bougie dans le canal.

2° L'exploration olivaire ne donne pas de ressaut brusque. On pénètre dans la vessie et on en sort très facilement.

La *Cystoscopie* peut montrer dans ces cas une dépression sur le bord du sphincter ; il faut la rechercher afin d'établir un diagnostic sûr, duquel dépendra le traitement.

CHAPITRE V

Evolution

L'évolution peut aboutir soit à la guérison spontanée, soit à la constitution d'une véritable et définitive infirmité.

I. — LA GUÉRISON SPONTANÉE peut s'observer après plusieurs semaines, parfois plusieurs mois et l'on ne doit pas en désespérer avant que six mois au moins ne se soient écoulés depuis l'accouchement.

L'observation suivante en est un exemple :

OBSERVATION I (M. RHENTER. — Inédite.)

Mme X..., primipare, accouche en juillet 1927 d'un enfant de 3.700 grammes. L'accouchement dura 36 heures, la tête descendue au contact du plancher pelvien mais la dilatation ne progressant que très lentement. Au cours de la période de

dilatation la malade exécutait fréquemment des efforts expulsifs. A dilatation complète, après une heure d'attente on termine par une application de forceps en droite postérieure avec rotation et deux prises ; la manœuvre fut réalisée sans aucune difficulté. Suites obstétricales très simples.

Dès le lendemain de l'accouchement on note de l'incontinence et celle-ci devient à peu près totale une fois la malade levée. Elle est obligée de se garnir d'une façon constante jusqu'au mois d'octobre où une légère amélioration se manifeste : Des mictions sont possibles, évacuant une certaine quantité d'urine. Dans leur intervalle un écoulement persiste cependant.

Il a à peu près complètement disparu en novembre et la malade se considère comme définitivement délivrée de son infirmité en janvier 1928.

Quelques mois plus tard, à l'occasion d'une nouvelle grossesse et pendant toute la durée de celle-ci un certain degré d'incontinence se manifeste à nouveau. Elle a d'ailleurs disparu après l'accouchement qui fut très simple, quelques gouttes d'urine étant seulement émises involontairement dans les efforts, les accès de toux.

II. — LA PERSISTANCE DE L'INCONTINENCE au delà du sixième mois doit faire redouter son caractère définitif et imposer le recours aux méthodes thérapeutiques que nous étudierons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE VI

Traitement

La thérapeutique des incontinenances variera beaucoup, selon les cas auxquels on aura affaire ; on sait déjà qu'il est des cas bénins à côté des cas graves, et que dans cette gravité intervient pour beaucoup, quoique pas uniquement, l'importance des dégâts anatomiques vrais, s'opposant aux troubles fonctionnels purs.

On sait aussi qu'il n'est pas toujours possible de déterminer à l'avance le degré des dégâts anatomiques et que l'examen du canal et la cystoscopie ne font pas toujours le départ entre ces deux catégories d'incontinenances, anatomiques et fonctionnelles.

Aussi bien nous pensons qu'il sera sage, dans la thérapeutique, de commencer en général par de petits moyens, qui parfois échoueront, mais souvent aussi réussiront.

Nous classerons les différents moyens thérapeutiques à utiliser contre ces incontinences, dans le tableau suivant :

I. — PETITS MOYENS :

- 1° Pituitrine ;
- 2° Traitement électrique ;
- 3° Injections de paraffine.

II. — INTERVENTIONS SUR L'URÈTRE :

Procédés de Pousson, Albarran, Gersuny, Marion.

III. — INTERVENTIONS GYNÉCOLOGIQUES :

- 1° Colpo-périnéorraphie ;
- 2° Hystéro-cystopexie ;
- 3° Schauta-Wertheim.

IV. — PLASTIES MUSCULO-APONÉVROTQUES

Goebell-Stoeckel, Franz, etc.

V. — CRÉATION D'UNE VESSIE INTESTINALE.

I. — Petits moyens

1° *Petits moyens*

A la clinique obstétricale de Lyon on utilise les extraits du lobe postérieur d'Hypophyse pour guérir les incontinences. Ils semblent agir en favorisant la contraction du muscle sphincter lisse.

On commence le traitement huit jour après l'accouchement.

On se sert d'une solution d'extrait au vingtième :

Le premier jour..... 1 cc.

— Le deuxième jour..... 1/2 cc.

Si la malade n'accuse aucune amélioration, on ne pousse pas plus loin ce traitement. Lors de notre stage dans cette clinique, nous avons obtenu nous-mêmes une guérison par ce traitement ; nous en reproduisons ci-dessous l'observation.

OBSERVATION II

(Inédite.)

Incontinence fonctionnelle guérie par la pituitrine.

Mme B... S..., 30 ans, employée. Entre le 2 mars 1929 à la clinique de la Charité.

Primipare ; grossesse bien supportée. Dernières règles du 14 au 20 mai. Accouchement probable 20 février. A l'examen général R. A. S.

A l'examen obstétrical : Ventre proéminent, léger excès de liquide amniotique ; fœtus unique ; tête élevée, mobilisable, non débordante.

Segment inférieur constitué en avant sur 2 centimètres.

Bassin normal.

La malade a ressenti les premières douleurs le 1^{er} mars à 13 h. (la tête est fixée en O. I. D. P.). Elle a perdu spontanément les eaux le 2 mars à 0 h. 15. Les contractions apparaissent alors toutes les 6 ou 8 minutes. A 14 h. 30 la dilatation est complète, on excite la malade à pousser, elle pousse mal et la tête ne progresse pas. Après deux heures d'expectation on fait une première application de forceps. La tête est en O. I. D. P. à la partie moyenne de l'excavation.

Après quelques vigoureuses tractions, on fait faire la rotation. Cette dernière terminée, on pratique une deuxième prise. Le dégagement est fait à la main.

L'enfant, de sexe masculin, naît vigoureux, pèse 4.220 grammes. Il n'y a pas eu de déchirure.

La délivrance est faite par refoulement 30 minutes après. Le placenta et les membranes sont complets, ils pèsent 890 grammes. On termine par une injection iodo-iodurée.

Deux jours après l'accouchement la malade s'est aperçue qu'elle ne gardait pas ses urines. Elle éprouvait une sensation de brûlure et les urines s'échappaient au moindre mouvement. Pas de troubles du côté du sphincter anal.

A l'examen local R. A. S.

Cette incontinence fut traitée par des injections de pituitrine et guérit spontanément après dix jours de traitement.

En résumé : accouchement long (28 h.), laborieux, compliqué d'intervention ; gros enfant. Incontinence fonctionnelle passagère et heureusement influencée par la pituitrine.

OBSERVATION III

(Inédite.)

L... Marcelle, 22 ans, tisseuse.

Entre le 14 février 1929 à la clinique obstétricale de la Charité.

Primipare ; aucun antécédent héréditaire.

Dernières règles : 28 avril 1928. Grossesse à terme au moment du travail.

Antécédents pathologiques : Epilepsie. La malade prend du gardénal.

A l'examen obstétrical : ventre étalé ; hauteur du fond utérin 29 centimètres ; parois souples. Présentation d'un seul fœtus en O. I. D. P., tête fixée. Début des douleurs le 12 février à 21 heures. Dilatation complète le 14 février à 9 heures. Terminaison de l'accouchement par forceps à deux prises, sur tête en O. I. D. P. pour insuffisance de douleurs à la période d'expulsion. Rotation avec lacs. Pas de déchirures.

Enfant de sexe masculin, pesant 3.360 grammes.

L'intervention a duré trente minutes et la durée totale du travail a été de 61 heures 55 minutes. Quelques heures après l'accouchement, les urines à l'occasion de petits mouvements se sont écoulées au dehors sans besoin. L'incontinence s'est déclarée d'emblée.

Elle était toutefois intermittente ; dès que la malade gardait l'immobilité absolue l'écoulement d'urine disparaissait.

A l'examen local nous n'avons constaté aucune déchirure des parties molles ni de la cloison antérieure du vagin. Les faces internes des cuisses étaient érythémateuses. L'urètre béant et légèrement dilaté laissait échapper un flux d'urine au moindre effort de la malade.

L'injection intra-vésicale d'une solution de bleu de méthylène n'a donné issue dans le vagin à aucun suintement coloré.

L'explorateur à boule a pénétré très facilement à travers le sphincter sans ressaut brusque.

Le 21 février, sept jours après l'accouchement, nous avons commencé un traitement médical : 1 gr. 50 d'urotropone en cachets.

Le 22 février injection avec 1 centimètre cube de pituitrine.

Le 23 février, deuxième injection avec 1/2 centimètre cube de pituitrine. La malade accuse une légère amélioration.

Elle quitte le service six jours plus tard incomplètement guérie.

Nous avons pu avoir des nouvelles de cette malade les derniers jours de mai. L'incontinence persiste encore, avec les mêmes symptômes qu'au début.

En résumé : incontinence d'urine rebelle consécutive à un accouchement très long (62 heures) et très laborieux, compliqué de forceps, avec grande rotation instrumentale. Localement aucune lésion morphologique.

Echec avec les injections de pituitrine. Il y a donc lieu d'envisager pour cette malade un des traitements plus énergique que nous allons étudier successivement.

2° *Traitement électrique*

Il est classique, dans les ouvrages d'électrothérapie, de conseiller la faradisation du sphincter dans les cas où à la suite d'accouchement il existe de l'incontinence.

En fait, cette faradisation pratiquée, avec chocs es-

pacés en portant une petite électrode olivaire au niveau du sphincter, donne très souvent de bons résultats, quelquefois l'amélioration est lente à se produire et plus rarement on peut même observer des succès. Il est évidemment des cas où l'oncontinence est liée, comme nous l'avons déjà signalé maintes fois au cours de ce travail, à une atteinte profonde du sphincter, et où il n'est pas étonnant qu'on ne puisse alors rien obtenir. A la séance d'octobre 1928 de la Société d'Electrothérapie, le Docteur Laquerrière a rapporté l'observation d'une malade atteinte d'incontinence d'urine qu'il a traitée, en associant à la faradisation du sphincter, procédé classique, les ondes galvaniques alternatives à longues périodes.

L'auteur fait trois minutes de faradisation à chocs espacés sur le sphincter et vingt minutes d'ondes alternatives, soit vagino-pubiennes, soit sacro-pubiennes.

Au reste voici son observation :

OBSERVATION IV (Docteur LAQUERRIÈRE.)

Incontinence rebelle guérie par le traitement électrique.

Mme X... m'est amenée le 13 février 1928 par le professeur agrégé Lequeux pour une incontinence sérieuse consécutive à un accouchement dystocique il y a cinq mois, et que divers traitements n'ont en rien modifié. Je lui applique des séances composées de trois minutes de faradisation à chocs espacés sur le sphincter et de vingt minutes d'ondes alternatives sacro-sus-pubiennes. L'amélioration commence à la troisième séance

et le 2 mars j'interromps le traitement à la huitième application.

La malade est tout à fait bien depuis de longs jours et les deux dernières séances n'ont été faites que dans un but de consolidation.

OBSERVATION V

(Docteur LOUBIER.)

(*Bull. off. de la Soc. franc. d'électr.*, février 1929.)

Incontinence sérieuse guérie par le traitement électrique.

Un de mes anciens clients m'amène sa fille, Mme B..., qui à la suite d'un accouchement, datant de cinq semaines, était atteinte d'incontinence d'urine. Cette incontinence devient une véritable infirmité à l'occasion de la marche.

Je résols d'appliquer à cette malade uniquement le traitement par les ondes galvaniques alternatives à longues périodes, me promettant, si je n'avais pas un résultat rapide, d'associer à ce traitement la faradisation du sphincter à choc espacé.

25 octobre 1928. — Première séance, une plaque sus-pubienne, une plaque sacrée. Durée : 20 minutes.

27 octobre 1928. — Deuxième application semblable. Mme B... devait revenir le lendemain, mais je reçois un coup de téléphone : la malade éprouvait déjà une amélioration sensible mais ne peut venir au traitement, car elle a eu le matin même son retour de couches.

Le 2 novembre. — Mme B... revient reprendre son traitement après une interruption de huit jours. Elle me confirme qu'elle avait constaté après la deuxième séance une réelle amélioration, mais à présent elle est désespérée, car à la suite des règles l'incontinence a reparu de plus belle. Je reprends le traitement par les ondes galvaniques alternatives à longues périodes en poussant la séance jusqu'à trente minutes. Au bout de la quatrième séance de cette reprise, Mme B... est pour ainsi dire guérie, mais elle craint un retour offensif et

me demande de lui faire encore deux séances espacées, celles-ci de quatre jours.

Le traitement est terminé le 13 novembre. La malade est complètement guérie; j'ai eu de ses nouvelles dans les premiers jours de l'année 1929.

3° *Injectons de Paraffine*

Ce traitement qui peut choquer un peu nos manières thérapeutiques françaises, a été assez souvent utilisé en Allemagne ; on comprendra facilement pourquoi, si l'on songe à sa facilité relative d'application, aux résultats favorables qu'il a donnés, quoique généralement temporaires, et aussi et surtout quand on se rendra compte que c'est un pas à franchir dans la thérapeutique avant d'en arriver à proposer à la malade une intervention chirurgicale.

Les injections de paraffine consistent à porter sous le col vésical et dans la cloison uréthro-vaginale une certaine quantité de paraffine liquéfiée qui, en se solidifiant, formera un bloc dont la présence peut parer à l'incontinence.

Ce procédé échoue assez souvent, mais réussit parfois ; ses succès ne sont qu'éphémères, mais dans quelques cas (Gersuny) la guérison a pu durer plusieurs mois ou même plusieurs années.

OBSERVATION VI

(BROSE, 1921, résumée.)

Mme V..., incontinence après accouchement laborieux traitée par injections de paraffine : guérison pendant quatre ans

et demi, puis récidive ; échec de la colporraphie antérieure. Deuxième guérison de six ans par de nouvelles injections de paraffine puis récidive. Guérison par le Gœbell-Stœckel.

II. — Interventions sur l'urètre

Il est bien évident que l'idéal serait de pouvoir rechercher le sphincter déchiré et de le suturer méthodiquement autour du col vésical ; il est bien évident aussi que cette thérapeutique est impraticable. On arrive cependant à cette reconstitution en refaisant le col vésical par le rapprochement des tissus grâce à des points en U, comme dans le procédé de Marion.

A cette manière de faire s'opposent des *procédés plus anciens* dont le but est de créer surtout un obstacle à l'écoulement de l'urine :

Soit par la plicature de l'urètre,

Soit par sa torsion (procédé de Gersuny),

Soit par la transposition du méat (Pousson-Albarran) de façon à augmenter la courbure du canal.

Le procédé de Marion réussit dans les cas où les dégâts anatomiques ne sont pas trop étendus ; il est certainement très satisfaisant à l'esprit.

Le procédé de Gersuny, assez souvent utilisé à l'étranger, a donné des guérisons et des échecs ; en France nous connaissons deux guérisons dues à Lecène.

Le procédé de Pousson-Albarran réussit souvent. Il est actuellement presque délaissé.

OBSERVATION VII

(POUSSON, résumée.)

Femme ayant eu deux couches ; depuis la dernière elle est atteinte d'incontinence d'urine.

A l'examen local, tout est normal du côté de l'appareil génital ; l'orifice de l'urètre est largement ouvert : un explorateur à boule n° 30 passe facilement. La malade fut opérée d'après le procédé de Pousson ; on a laissé à demeure pendant quarante-huit heures une sonde n° 14. La réunion de la plaie fut prompte. Les jours qui suivirent l'intervention on constata une légère pollakiurie qui ne tarda pas elle-même à disparaître.

OBSERVATION VIII

(ALBARRAN, résumée.)

Femme X..., ayant eu quatre enfants, se présente avec une incontinence complète d'urine. L'examen local montre une grande dilatation du canal de l'urètre et une légère chute de la paroi antérieure du vagin. Une électrothérapie prolongée n'a donné aucun résultat. Albarran se décide à l'opérer. Une sonde est laissée à demeure pendant huit jours mais le résultat n'est pas parfait. La malade couchée est continente, mais elle perd ses urines debout. Albarran attribue ce résultat imparfait à deux causes :

Ou l'incurvation de l'urètre obtenue par l'opération ne s'est pas complètement maintenue, ou la contractilité du sphincter a disparu totalement ainsi que l'a révélé l'examen électrique.

III. — Interventions gynécologiques

Il était tout naturel que les Obstétriciens, dont beaucoup sont aussi Gynécologues, utilisent contre le dé-

faut musculaire de l'urètre des interventions qui leur donnent de si fréquents succès dans le domaine gynécologique.

Et c'est pourquoi :

LA COLPO-PÉRINÉORRAPHIE,

L'HYSTÉROPEXIE,

LE SCHAUTA-WERTHEIM

ont été utilisés pour la cure de l'incontinence, avec des fortunes diverses.

1° *Colpo-périnéorraphie*

Cette intervention peut se pratiquer de deux façons :

a) La colporrhaphie seule, antérieure ou double, qui s'est révélée insuffisante, car le rétrécissement seul de la muqueuse vaginale ne peut être considéré aujourd'hui comme suffisant ;

b) La colpo-périnéorraphie vraie : celle-ci, postérieure seule, n'a guère donné de succès durables ; il faudrait pouvoir pratiquer la périnéorraphie antérieure vraie, intervésico-utérine ; et l'on sait la difficulté de cette technique qui se heurte généralement à l'impossibilité de retrouver ou de rapprocher utilement en avant de l'isthme utérin, les deux bords des releveurs.

Rien d'étonnant par conséquent à ce que nous enregistrons, sur cinq cas précis de colpo-périnéorraphie pour incontinence retrouvés dans la littérature, cinq échecs.

OBSERVATION IX

(SCHÖNHOLZ, résumée.)

(*Zentralblatt f. Gyn.*, 13 octobre 1923.)

Mme X..., 41 ans, incontinence depuis le troisième accouchement (enfant de dix livres).

A l'examen : fort prolapsus.

On pratique la colporrhaphie antérieure et postérieure.

Fixation par Alexander.

Echec après amélioration passagère.

Bröse, Linkenbach, Lieck et Muller ne furent pas plus heureux pour des cas analogues.

2° *L'Hystéropexie*

L'hystéropexie surtout si on la fait isthmique et aux crins, ou même sur toute la hauteur de l'utérus, a donné des succès ; les chirurgiens allemands ont généralement fixé en même temps la vessie ; leur but est en effet, en étirant la vessie vers le haut, de créer un obstacle au passage de l'urine au niveau du col.

Nous ne pensons pas cependant que cette intervention soit recommandable.

OBSERVATION X

(SCHÖNHOLZ, résumée.)

Incontinence sérieuse guérie par l'hystéropexie.

Femme de 29 ans ; présente une incontinence très marquée après un second accouchement. Dans les antécédents : fistule vésico-vaginale après un premier accouchement guérie

après opération. L'incontinence actuelle a été traitée par l'hystéropexie haute ; section des trompes et suture de l'utérus au muscle droit, ce qui étire très fortement le vagin et le col vésical. *Succès très satisfaisant* (la malade perd quelques gouttes de temps en temps) *qui s'est maintenu depuis six ans.*

3° *Le Schauta-Wertheim*

Est très certainement supérieur à l'Hystéropexie ; on sait que l'interposition du corps utérin sous la vessie et l'urètre nécessite des conditons précises de volume utérin, et aussi une fixation et une solidité suffisante des ligaments utéro-sacrés.

On sait aussi que cette intervention n'est possible que si la malade renonce à toute maternité future.

Sous ces réserves, c'est une intervention excellente ; dans le livre de Wertheim (1919) sept fois l'indication opératoire fut l'incontinence seule, et l'infirmité disparut.

Sur les douze cas que nous avons pu recueillir, il y eut 12 guérisons de l'Incontinence.

IV. — Plasties musculo-aponévrotiques

(GOEBELL-STOECKEL ET DÉRIVÉS)

L'opération de Goebell-Stoeckel consiste à remplacer le sphincter déficient ou absent par une anse musculaire, simple ou double, prélevée sur le grand droit de l'abdomen, et avec laquelle on entoure le col de la vessie.

Dans le procédé de Franz les lambeaux sont pris sur le releveur anal.

D'autres chirurgiens ont utilisé le grand fessier, le droit interne de la cuisse.

L'idée première de Goebell fut d'ailleurs, de pratiquer l'autoplastie avec le pyramidal de l'abdomen ; l'inconstance de ce muscle explique l'évolution de la méthode.

Dans un mémoire récent, Richer (de Lyon) a pu recueillir 47 opérations de ce genre, et indique 85 pour 100 de succès.

Nous avons recherché les observations purement obstétricales, nous en avons trouvé vingt guérisons dont une après retouche et une où un nouvel accouchement laborieux a amené la récurrence de l'incontinence.

En présence de ces résultats il est permis d'estimer très haut cette nouvelle intervention, déjà très employée en Allemagne depuis quelques années, où elle s'est rapidement répandue. Nous voudrions toutefois en discuter ici l'indication et la physiologie pathologique.

On s'étonne un peu en France de la fréquence de ces incontinenes nécessitant des interventions aussi nombreuses et aussi complexes. Peut-être aussi, dans un certain nombre de cas, certains se sont-ils laissés aller à utiliser une nouvelle intervention pour des incontinenes qui auraient peut-être guéri par des moyens plus simples. Richer a donné un tableau dans lequel on peut cependant remarquer que souvent le Goebell-Stœckel n'a été utilisé qu'après échec d'injections de

paraffine, de colporraphies, d'hystéropexies, de torsions de l'urètre. L'opération est donc excellente.

Comment agit-elle ?

Nous pensons que l'intérêt de la technique vise la conservation de l'innervation des lambeaux musculaires utilisés. Or cette conservation nous paraît problématique dans le Goebell-Stoeckel vrai, où les lambeaux, qui n'ont plus que leur insertion pubienne et qui sont basculés dans le bassin derrière le col vésical, ne sauraient être amenés là avec leurs filets nerveux. Dans ces cas, par conséquent, l'autoplastie n'agit que par la création d'une anse devenant fibreuse et faisant obstacle à l'écoulement de l'urine. Dans la technique de Franz, l'anneau musculaire est formé aux dépens du releveur anal ; Richer en relève 9 cas, avec 8 guérisons. « Dans un cas, Rübsamen prétend que le fonctionnement de l'anneau musculaire était parfaitement physiologique, ayant pu, par le toucher, en percevoir la contraction ». On peut peut-être reprocher à ce procédé qu'il s'adresse à un muscle qui doit être dans ces cas, plutôt déficient.

OBSERVATION XI

(STOECKEL, très résumée.)

(*Zentralblatt f. Gyn.*, janvier 1921.)

Femme de 23 ans. Accouchement au forceps, difficile ; depuis incontinence complète. Prolapsus urétral.

Guérison par le Goebell-Stoeckel. Continence complète pendant trois ou quatre heures ; se lève une fois la nuit. Résultat maintenu.

OBSERVATION XII
(STOECKEL, très résumée.)

Mine X..., 33 ans. Forceps. Incontinence d'urine et des matières.

A l'examen : Urétrocèle et cystocèle.

Succès complet par le Gœbelle-Stœckel.

Un an après nouvelle grossesse avec incontinence d'abord temporaire puis dans la station debout. Vers la fin de la grossesse l'anneau musculo-aponévrotique se relâche nettement et l'incontinence s'accentue.

On pratique alors une Césarienne basse intra-péritonéale. L'incontinence diminue, puis continence complète au bout de quatre semaines, qui s'est maintenue.

OBSERVATION XIII
(STOECKEL, résumée.)

Femme de 35 ans. Incontinence complète avec uréto-cystocèle depuis accouchement au forceps. L'urètre laisse passer un doigt.

Guérison complète par le Gœbell-Stœckel, mais la capacité vésicale n'est que de 100 centimètres cubes.

Nouvelle gravidité et diminution de la continence. Stœckel conseille de terminer la grossesse par une Césarienne. Ce conseil ne fut pas suivi et l'auteur n'a plus eu de nouvelles de la malade.

OBSERVATION XIV
(STOECKEL, très résumée.)

Mme Z... Incontinence depuis le deuxième accouchement datant d'un an. Femme âgée de 43 ans. Forte urétrocèle.

Torsion de l'urètre (procédé de Gersuny) sans succès. Guérison par le Gœbell-Stœckel, maintenue depuis cinq ans.

OBSERVATION XV
(MULLER, très résumée.)

Femme de 25 ans. Symphyséotomie pour bassin aplati. Incontinence consécutive.

Echecs de Colpo-perinéorrhaphie et d'injection de paraffine (cette dernière ne donne qu'une continence de huit jours).
Guérison par le Gœbell-Stœckel.

OBSERVATION XVI

(FRANGENHEIM, résumée.)
(*Zeitsch. für Urolo. chir.*)

31 ans. Incontinence après trois accouchements (normaux). Ne retient l'urine que pendant une demie heure. La capacité vésicale est de 200 centimètres cubes. Guérison complète par le Gœbell-Stœckel.

OBSERVATION XVII

(LINKENBACH, très résumée.)
(*Zentr. f. Gyn.*)

Femme de 30 ans, forceps. Incontinence sérieuse. Echec de la colpo-périnéorrhaphie.
Guérison par le Gœbell-Stœckel.

OBSERVATION XVIII

(GRISOGONO, très résumée.)
(*Zentralblatt. für Gyn.*)

Femme de 35 ans. Incontinence rebelle depuis accouchement au forceps il y a dix ans.
Guérison par le Gœbell-Stœckel.

OBSERVATION XIX

(MANDELSTRAMM.)
(*Zentr. für Gyn.*, décembre 1923.)

Mme G... Incontinence grave après accouchement spontané. Femme de 21 ans. Très déprimée moralement.
Guérison complète, maintenue depuis trois mois. Continence de 6 à 8 heures.

V. — Création d'une vessie intestinale

Ce n'est que dans les cas tout à fait désespérés qu'on en arrivera à cette technique, riche en déboires de toutes sortes, et que certains chirurgiens ont utilisée (Gersuny, Mauclaire, Schloffer). Nous nous contenterons de la signaler ici, en faisant remarquer que les procédés myoplastiques nouveaux doivent en faire disparaître les indications.

DEUXIÈME PARTIE

RETENTION D'URINE

CHAPITRE PREMIER

Généralités

La rétention d'urine des suites de couches s'observe fréquemment dans les services obstétricaux. Autrefois, elle entraînait à sa suite un pronostic très sérieux à cause des cystites puerpérales qu'elle occasionnait et dont on ignorait la cause. Ces complications, dues le plus souvent à un cathétérisme intempestif et trop souvent septique, ne se voient plus, car notre thérapeutique s'est enrichie de nouveaux procédés de traitement. Nous savons aussi pratiquer en dernière ressource un cathétérisme aseptique, bien qu'il soit plus sage de s'en abstenir le plus possible. En effet, la plupart des accouchées ne présentent qu'une rétention de courte durée ; elles urinent spontanément après

un temps plus ou moins long. Déjà Recht en 1894, dans sa thèse inaugurale, donne une statistique faite par lui, à la clinique Baudelocque, dans laquelle il affirme que la première miction spontanée a lieu en moyenne 15 heures après l'accouchement chez les primipares et 10 heures en moyenne chez les multipares. Il nous semble personnellement difficile d'établir une règle fixe sur la première miction spontanée. Une nouvelle statistique, faite sur une échelle beaucoup plus grande dans le service du Professeur agrégé Rhenter à la maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse, montre que l'intervalle qui sépare l'accouchement de la première miction est des plus variables. Sur 1000 cas observés :

12 accouchées eurent leur première miction *une heure* après l'accouchement ;

258, dans les six premières heures ;

707, dans les douze premières heures, soit environ les $\frac{3}{4}$.

Vingt-deux parturientes n'eurent leur première miction qu'après 24 heures. Chez l'une d'entre elles la première miction n'eut lieu que 36 heures après l'accouchement.

On trouvera d'ailleurs dans le tableau ci-dessous l'heure exacte à laquelle, chez ces 1000 accouchées, se produisit la première miction :

Heure	Nombre d'Acc.	Heure	Nombre d'Acc.	Heure	Nombre d'Acc.
1 h.	12 A	10 ½	2	20	15
2 h.	25	11	59	20 ½	1
2 ½	4	11 ½	4	21	12
3 h.	30	12	60	22	10
3 ½	7	12 ½	7	22 ½	2
4 h.	45	13	34	23	9
4 ½	5	13 ½	4	23 ½	1
5 h.	56	14	43	24	6
5 ½	7	14 ½	2	24 ½	1
6 h.	57	15	38	25	4
6 ½	5	15 ½	2	25 ½	1
7 h.	78	16	25	26	1
7 ½	15	16 ½	5	27	3
8 h.	74	17	26	28	3
8 ½	8	17 ½	4	29	3
9 h.	63	18	15	30	3
9 ½	10	18 ½	1	32	2
19 h.	71	19	19	36	1

CHAPITRE II

Pathogénie

Pour expliquer le mécanisme de production de la rétention d'urine, plusieurs facteurs ont été invoqués. Nous ne retiendrons que les principaux :

Le boursoufflement du col, le raccourcissement avec plissement de l'urètre, la distension de la vessie par défaut de besoin, la distension par paralysie résultant de compression pendant l'accouchement, le décubitus dorsal et la distension des muscles de l'abdomen, l'ébranlement général et l'engourdissement de l'organisme tout entier, la contraction spasmodique du col au contact de l'urine, la torsion du sphincter sur son axe.

En vérité, toutes ces causes peuvent avoir une part dans la production du phénomène, soit que l'une ou l'autre de ces causes prédomine, soit que plusieurs interviennent pour conduire au même résultat. Néanmoins, nous les esquisserons successivement.

1° *Le boursofflement du col et la tuméfaction de ce dernier* par contusion subie au cours de l'accouchement ont été cités par Fordyce Backer de New-York, Tarnier, Stoltz, pour expliquer la rétention d'urine. Ces auteurs admettent en outre un manque de contractilité de la paroi musculaire de la vessie dont les fibres sont comme paralysées par suite de la superdistension qu'elles subissent.

2° Pour Mattei, la cause principale de la rétention est le *raccourcissement avec plissement de l'urètre*. Le col s'allonge dans les derniers temps de la grossesse, parce que la vessie remonte ; après l'accouchement il se raccourcit et il se fronce, d'où tubérosités et rétention.

3° D'après Shrøeder, la rétention est due à une *distention de la vessie par défaut de besoin*. La vessie comprimée par l'utérus pendant la grossesse diminue de capacité ; elle est alors obligée de se distendre. Après l'accouchement, la compression venant à cesser, la vessie distendue contiendra beaucoup plus d'urine qu'au cours de la grossesse, d'où distension sans gêne et absence du besoin d'uriner.

4° *Le décubitus dorsal et le relâchement abdominal* sont invoqués par Joulin et Stoltz comme éléments qui coexistent avec la paralysie vésicale pour favoriser la rétention.

5° Dans sa thèse, Robert explique la rétention en diminuant les causes locales ; il retient seulement les *un ébranlement général*, un engourdissement, qui suivent l'accouchement et qui se manifestent par un sommeil de toutes les fonctions. Non seulement la ves-

sie ne se contracte pas, mais la volonté manque pour donner la première impulsion et manque d'autant plus que la femmes n'éprouve même pas le besoin d'uriner.

6° *La contraction spasmodique du col* est citée par Ribemont-Dessaigues dans son traité d'obstétrique :

« Le traumatisme subi par le col de la vessie et l'urètre pendant le travail, rend douloureux le contact de l'urine avec la muqueuse du canal ; il en résulte une contraction spasmodique du col qui met obstacle à l'émission de l'urine ».

7° Il est une cause signalée par Remy qui peut jouer un rôle dans le mécanisme de production de la rétention d'urine, c'est un *certain degré de torsion de la vessie dans la région de son col*, d'autres fois, le tiraillement en haut de ce même col vésical. On sait qu'il suffit parfois d'une légère torsion d'un conduit sur son axe pour en fermer le calibre et arrêter les fonctions de ce canal. N'a-t-on pas en effet dans certains cas d'incontinence par paralysie du sphincter chez la femme, proposé de communiquer une légère torsion à l'urètre, de le fixer dans cette nouvelle position pour remédier à l'incontinence ? D'après l'auteur, cette torsion de la vessie sur son axe vertical et par conséquent un certain degré de torsion au niveau du col est un fait qui ne doit pas être considéré comme rare chez les femmes en couches. La chute de l'utérus dans la gouttière lombaire, aussitôt l'accouchement terminé, aura sa répercussion sur la vessie. Celle-ci subira un mouvement de torsion, torsion qui se fera sentir jusqu'au sphincter et qui mettra obstacle à la fonction de la vessie. La vessie sera également entraînée en haut,

nouvelle cause de trouble par tiraillement sur le col.

8° Plusieurs auteurs enfin, tels que Marchand, Dubois, Barker, Cazeaux, Charpentier, sont unanimes à voir dans la rétention *une paralysie de la vessie déterminée par une compression trop violente au cours du travail.*

Dubois dit notamment :

« Pendant le travail, les parois de la vessie et les nerfs qui l'animent sont comprimés entre deux plans résistants : la symphyse pubienne et l'utérus considérablement durci ; ils sont froissés, contus, de là, paralysie du réservoir urinaire ».

CHAPITRE III

Symptômes

La rétention d'urine survient tantôt immédiatement après l'accouchement, c'est la rétention vraie qui nous intéresse, tantôt quelques jours après ; cette rétention tardive est due à une infection consécutive et dépasse le cadre de notre étude.

La rétention est tantôt totale, tantôt partielle. Cette dernière variété est insidieuse et peut passer inaperçue au détriment de la malade. L'accouchée se plaint alors de douleurs dans le ventre, l'involution utérine paraît gênée et retardée. Aussi pour éviter pareil accident, l'accoucheur devra s'assurer lui-même par la palpation de la vessie du bon fonctionnement de celle-ci. Si l'utérus, à partir du deuxième jour, se trouve encore au-dessus de l'ombilic, songer à la possibilité de la rétention partielle, surtout si la femme urine peu.

A L'EXAMEN, la femme en couches avec rétention présente deux tumeurs abdominales : la vessie distendue et l'utérus refoulé. Ces deux tumeurs sont nettement appréciables à l'œil nu. La vessie est plaquée contre la paroi abdominale et se dessine parfois jusqu'à l'ombilic.

L'utérus est refoulé très haut, le fond peut atteindre le niveau des fausses côtes droites, et l'organe entier bascule, la plupart du temps, dans la gouttière lombaire droite. Si l'on pratique le cathéterisme, l'utérus s'abaisse et reprend sa place à mesure que l'urine s'écoule. On connaît cependant quelques célèbres erreurs de diagnostic dues à cette situation anormale, le globe utérin déplacé étant pris pour une tumeur pré-rénale ou sous-hépatique.

La rétention peut être passagère ou persister plusieurs jours et même plusieurs mois. Elle devient alors dangereuse par les complications qu'occasionne le cathérisme, même pratiqué avec toutes les précautions voulues. Ces complications sont la cystite et les infections plus graves encore du côté du rein.

OBSERVATION I (Thèse de RECHT.)

Miction spontanée 42 heures après l'accouchement.

Mme X..., primipare, âgée de 24 ans, a eu ses dernières règles du 16 au 21 janvier ; cette femme entre en travail le 20 octobre à 6 heures du soir. Les douleurs sont fortes, rapprochées ; l'accouchement se fait à minuit dix le 21 octobre ; la période d'expulsion avait duré 9 h. 45. Présentation du

sommet en gauche-postérieure avec procubitus de la main. L'enfant de sexe féminin naît vivant et pèse 4.050 grammes. Le poids du placenta sans cordon et sans membranes est de 420 grammes.

Le 22 octobre au matin, bien que la malade n'accuse pas de sensation douloureuse au niveau de la région hypogastrique, pas de miction. A six heures, lors d'une deuxième visite, on apprend que la malade qu'on n'a pas voulu cathériser vient d'uriner avec beaucoup de difficultés, mais spontanément. Il y avait 42 heures qu'elle était accouchée.

La deuxième miction a lieu le 23 octobre à 5 heures du matin, elle est aussi spontanée. A partir du 24, les mictions sont normales.

OBSERVATION II

(Thèse de RECHT.)

Miction spontanée après 36 heures.

La nommée F..., primipare, âgée de 25 ans, entre le 24 janvier à l'hôpital. Cette femme qui n'a pas eu de troubles de la miction dans le cours de sa grossesse, accouche normalement dans la nuit du 24 au 25 janvier.

Début du travail à 11 heures du soir; expulsion du fœtus à 3 heures du matin; dégagement de la tête en O. P. Délivrance normale. Vingt-quatre heures après son accouchement cette femme n'a pas encore uriné mais comme elle ne souffre pas on juge qu'il est inutile de la sonder; en effet, elle urine spontanément au bout de 36 heures et à partir de ce moment les mictions sont normales. Aucun accident n'a été la conséquence de cette rétention passagère.

OBSERVATION III

(Recueillie dans le service de M. RHENTER,)

(Hôpital de la Croix-Rousse.)

Miction spontanée 36 heures après l'accouchement.

Mme B... V..., primipare, entre à l'hôpital le 21 février. Aucun antécédent pathologique. Grossesse très bien sup-

portée. Le début du travail a lieu le 21 février à 0 h. 15. Au toucher, tête fixée en O. I. G. A., col souple, poche des eaux plate. Dilatation complète à 8 h. 45 ; rupture artificielle des membranes. La terminaison de l'accouchement se fait normalement à 9 heures le 21 février. Enfant vivant de 3.150 grammes. Déchirure du périnée nécessitant trois points de suture. Cette femme urine pour la première fois 36 heures après l'accouchement.

Nous rapportons les deux observations ci-dessus dans le but d'indiquer combien le problème pathogénique posé par les rétentions demeure encore entier. Nous faisons remarquer en effet que ces deux accouchements suivis de rétention ont été spontanés et très rapides.

CHAPITRE IV

Traitement

Le traitement de la rétention d'urine post-partum sera ou très simple, ou très difficile. Nous avons vu le retard souvent très grand de la première miction; il ne faudra donc pas toujours se précipiter trop tôt sur la sonde et pratiquer un cathérisme intempestif. C'est l'examen répété de la malade qui posera les indications du premier cathérisme. Il est superflu d'insister ici sur la nécessité absolue d'une asepsie aussi rigoureuse que possible.

Si, après le premier cathérisme, la miction ne se rétablit pas, plusieurs solutions sont possibles :

1° LA SONDE A DEMEURE, qui présente de nombreux inconvénients ;

2° LES CATHÉTÉRISMES RÉPÉTÉS ;

3° LES MOYENS MÉDICAMENTEUX. Ceux-ci sont intéressants à examiner. On sait aujourd'hui les heureux effets de l'injection de glycérine boriquée dans les ré-

tentions d'urine post-opératoires ; il est probable que son utilisation dans la vessie rétentionniste post-partum serait heureuse ; nous insisterons sur le fait que l'injection doit être faite dans la vessie pleine d'urine, et non dans la vessie évacuée afin d'éviter la gangrène vésicale.

On connaît aussi les avantages de l'urotropine intraveineuse dans les rétentions post-opératoires ; pareillement ici, son utilisation nous paraît recommandable.

En voici un cas favorable recueilli dans le service du Docteur Rhenter à l'hôpital de la Croix-Rousse :

OBSERVATION IV

(Inédite)

Mme F... V..., primipare, 21 ans. Entre dans le service de la Maternité de la Croix-Rousse le 30 août à 4 heures. Aucun antécédent.

Les douleurs débutent à 6 h. 30 le 30 août et l'accouchement se termine normalement à 10 heures. On fait néanmoins deux points de suture.

Malgré la rapidité extrême du travail (trois heures et demie) la parturiente présente dans les jours qui suivent une rétention d'urine. Elle est sondée durant quatre jours. Le quatrième jour : injection d'urotropine.

Le cinquième jours idem. Le sixième jour la malade peut uriner spontanément et se trouve très soulagée. Aucune suite fâcheuse.

OBSERVATION V

(Recueillie à la clinique obstétricale de Lyon.)

(Service de M. le Professeur VORON.)

Rétention d'urine rebelle, améliorée par l'urotropine.

Mme C..., 34 ans, entre dans le service le 3 janvier 1929 ; malade envoyée par le Docteur G... pour rétention d'urine prolongée pendant un mois après l'accouchement.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Néant.

Aucune affection antérieure.

D. R. le 10 avril 1928. Grossesse très bien supportée. Accouchement normal le 12 décembre. Depuis son accouchement jusqu'à son entrée ici, la malade n'a jamais pu uriner spontanément. On lui pratiqua des sondages quotidiens pendant trois semaines sans aucune autre thérapeutique.

A l'entrée : Pas de signes généraux, pas de céphalée, pas d'œdème malléolaire. Urines claires. Palpation abdominale : négative ; reins non perçus.

Pas de signes de Tabes au début. Réflexes rotuliens et achilléens normaux, les pupilles réagissent bien.

Traitement : On s'adressa tout d'abord à la glycérine boriquée et la pituitrine, qui ne donnèrent aucun résultat. Les injections intra-veineuses d'urotropine associées aux lavages vésicaux améliorèrent très sensiblement la malade.

Il reste malgré tout un résidu et la sonde ne vide pas complètement cette vessie. La malade quitte le service le 19 janvier très satisfaite de l'amélioration obtenue par l'urotropine.

Il est un troisième médicament que nous estimons précieux : c'est la pilocarpine.

Cain et Oury ont insisté sur l'action du chlorhydrate ou du sous-nitrate sur la contraction de la vessie. Richer a utilisé les injections de 1 centimètre cube de nitrate de pilocarpine à 1 pour 100. La miction survient généralement en moins d'un quart d'heure, elle s'accompagne de tentatives d'évacuation recto-colique, qui peut être simplement un peu de diarrhée séreuse. Il n'est pas prouvé actuellement que la pilocarpine suffise à rétablir définitivement la miction.

Richer estime que la pilocarpine a un gros intérêt pour mettre en évidence la pathogénie de la rétention, et guider dans certains cas vers une thérapeutique chi-

rurgicale. L'épreuve de la pilocarpine permettra en effet de faire le départ entre les rétentions par obstacle et celle par atonie vésicale. Lorsque ces rétentions seront rebelles aux moyens simples, les rétentions par obstacles nécessiteront une intervention sur le col vésical (dilatation forcée, sphinctérotomie) : les rétentions par atonie pourront, dans quelques cas, relever d'une intervention portant soit sur le muscle vésical (plicature vésicale ou insertion des droits de Rochet), soit sur son système nerveux.

La plicature vésicale et l'insertion des muscles grands droits ont été étudiées par Richer dans son mémoire sur la chirurgie du muscle vésical.

Richer a aussi récemment pratiqué une intervention sur le plexus hypogastrique et a obtenu un résultat favorable ; son observation sera publiée prochainement, aussi regrettons-nous de ne pouvoir la faire figurer dans notre travail. Il est permis d'entrevoir la nécessité de ces interventions exceptionnelles dans quelques cas de rétention rebelles post-gravidiques.

Conclusions

I. — Les accouchements et plus spécialement les accouchements laborieux peuvent retentir sur l'appareil urinaire et principalement sur ses voies d'excrétion. L'attention a été, jusqu'à présent, surtout attirée sur les accidents de rétention.

II. — Moins connues sont les incontinences qui paraissent, du moins dans leur forme persistante, survenir surtout après les accouchements dystociques.

III. — Elles sont dues à une atteinte plus ou moins profonde du système neuro-musculaire de la vessie ; on les observe le plus souvent dans les cas où, du fait d'un rétrécissement du bassin, d'un volume exagéré de la tête fœtale d'une position postérieure, la tête a prolongé son séjour dans l'excavation pelvienne.

IV. — Dans ces conditions les applications de forceps rendues souvent responsables de ces accidents paraissent, au contraire, en constituer la thérapeutique préventive, à la condition bien entendu qu'elles soient faites tempestivement et correctement.

V. — Beaucoup de ces troubles de la miction disparaissent spontanément après quelques jours, quelques semaines et parfois quelques mois. La thérapeutique doit donc initialement se limiter à de petits moyens.

VI. — Dans les cas rebelles, tout en enregistrant quelques succès à l'actif de l'électrothérapie, il y aura lieu de recourir à une thérapeutique chirurgicale.

Exceptionnellement indiquée et encore d'ailleurs à l'étude dans les cas de rétention, elle s'adressera surtout aux cas d'incontinence, qu'il s'agisse d'intervention soit sur l'urètre (type MARION ou type GERSUNY) ou de myoplasties (GOEBELL-STOECKEL et ses dérivés).

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, VORON:
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 23 Mai 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

Pour le Recteur et par délégation,

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

L. JOSSERAND.

Bibliographie

I. — Bibliographie française

- ACH. — De la réfection du col vésical chez la femme (*Thèse de Paris*, 1920).
- ALBARRAN. — Opération contre l'incontinence d'urine chez la femme. *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1892 et *Médecine opératoire des Voies urin.*, 1909.
- — *Premier Congrès internat. d'Urol.*, Paris, 1908.
- BALESTRE. — La rétention d'urine chez les femmes récemment accouchées. *Nice médical*, 1881, p. 251.
- BAR. — Traité de l'art des accouchements, 1907.
- CAIN et OURY. — Action pharmacodynamique de la pilocarpine, son rôle thérapeutique dans les rétentions d'urine. *Presse médicale*, 27 octobre 1923.
- CATRELIN. — Plicature vésicale opération de Rochet). *Rapports du centre d'urologie d'Orléans*, juillet 1916.
- CONSTANT (Georges). — Les applications de forceps. *Thèse*, Paris, 1907.
- COTTE et BELLOIR. — Disjonction de la symphyse pubienne avec déchirure de la vessie au cours d'une application de forceps. *Réun. obs. et Gyn. de Lyon*, 4 mars 1924.
- COTTARD. — Du traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme. *Thèse de Paris*, 1906.
- DELBET. — De l'incontinence d'urine, partielle, chez la femme et de son traitement. *Journal des praticiens*, avril 1896.
- DEVÈZE. — Paralysie vésicale post-partum. *Réunion obst. et Gyn. de Montpellier*, 7 février 1923.

GAYET. — *Lyön Médical*, 1925.

GIORDANO. — Autoplasties musculaires sur la vessie incontinente par le droit interne de la cuisse. *Cong. français de Chirurgie*, 1907.

GOUVILLE. — Hygiène de la femme après l'accouchement. Paris, thèse, 1830.

GULDJOGLOU. — Troubles de la miction d'origine obstétricale. *Journal de Médecine de Paris*, t. XXXII, 1912.

HARTMANN. — *Gynécologie opératoire*, Paris, 1911.

HOFMEIER. — *Annales de Gynécologie*, 1906, p. 701.

IMBERT. — Procédé de réfection de l'urètre féminin incontinente par myoplastie. *Congrès français de chirurg.*, 1924.

LE FUR. — De la rétention d'urine pendant la grossesse et après l'accouchement. *Thèse Paris*, 1862.

— Rétention d'urine, atrésie du col vésical. *Presse médicale*, 21 juin 1917.

LEGUEU. — La cure des fistules urétrales chez la femme. *Annales des maladies des org. gén. urin.*, 1898, t. XVI.

— *Traité d'urologie*, 1910.

MARION. — *Manuel de technique chirurgicale*, 1917.

— A propos des dysuries par modification du col vésical. Décembre 1927 : *Société française d'urologie*.

MARCHAND. — De la rétention d'urine. *Thèse Paris*, 1860.

MERGER. — Hygiène des femmes en couches. *Thèse de Paris*, 1835.

MONS. — De la cystite dans la grossesse et dans l'accouchement. *Thèse de Paris*, 1877.

MORELLE. — De l'incontinence d'urine d'origine métrale. *Annales de l'Inst. chirurg. de Bruxelles*, 1908.

OMBRÉDANNE. — Autoplastie d'appui et dispositif de fermeture des orifices incontinents. *Presse Médicale*, 20 novembre 1920.

OURMET. — Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance, rétention d'urine. *Union médicale du Canada*, 1893.

PAPIN. — Pathogénie et traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. *Thèse Paris*, 1893.

PÉRARD (Jean). — La restauration chirurgicale de l'urètre chez la femme. *Journal d'urologie*, septembre 1928.

- PERY. — Incontinence d'urine tardive chez les accouchées. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1913, p. 562.
- PHILBERT. — Restauration morphologique et fonctionnelle du canal de l'urètre chez la femme. *Thèse de Nancy*, 1897.
- POUSSON. — *Arch. chirurg. de Bordeaux*, n° 1, 1892.
- ROCHET. — *Associat. franç. d'urol.*, 1911.
- *Associat. franç. d'urol.*, 1913.
- *Lyon chirurgical*, 1923.
- RICHER. — Chirurgie du muscle vésical. *Journal d'urol.*, 1927.
- ROBERT. — Contribution à l'étude de la rétention d'urine chez les femmes accouchées. *Thèse de Paris*, 1882, p. 84.
- RECHT. — De la miction chez les femmes en couches. *Thèse de Paris*, 1894.
- RÈMY. — Rétention d'urine chez les accouchées. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1895, p. 501.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Traité d'obstétrique*.
- TARNIER. — *Traité de l'Art des accouchements*.
- THÉVENOT. — Essai sur le traitement chirurgicale des rétentions d'urine sans obstacle mécanique. *Progrès médical*, 13 décembre 1913.

II. — Bibliographie étrangère

- BOLDWIN. — Complete incontinence of urin. *Ann. gyn. obst. surg. New-York*, 1899.
- BRJOSOWSKY. — Nouveau procédé d'autoplastie sphinctérienne dans l'incontinence. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. CXXIII.
- BRÖSE. — Emploi des muscles pyramidaux dans le traitement opératoire de l'incontinence. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 29 janvier 1921.
- BROWN. — Incontinence of urine following labor. *Surg. Gyn. and obst.*, 1910, p. 16.
- BRICKNER. — Incontinence of urine due to lacération of the sphenicter of the bladder cured by opération. *Amer. Journ. of Obst.*, 1913, p. 134.

- BURGER. — Anatomie pathologique et traitement opératoire de la contracture du col vésical. *J. of Americ. med. assoc.*, LXXIII, n° 22.
- CALMANN. — Bladder function in harnea by forceps delivery urinary incontinence. *Zentralblatt. f. Gynak.*, 12 novembre 1927, p. 2943.
- CARO. — Incontinence d'urine. *Journ. of the Americ. med. assoc.*, 15 février 1919.
- CAULK. — Contracture du col vésical chez la femme. *Journ. of Urology*, 1921, tome VI.
- COCCHI. — Incontinenza d'orina in reguito ad un parto difficile. *Consulti Med.*, Milan, 1824.
- CADWALLADER. — Urinary incontinence in Women. *Surg. Gyn. and obst.*, t. XX, Chicago, 1925.
- CANY. — The injuries to the bladder. *Amer. Journ. of obst.*, t. LXXIII, N.-Y., 1916.
- CECIL. — Contracture of the vésical neck. Diag. and treatment. *Calif. state m. J.*, t. XIX, San Francisco, 1916.
- CLYDE LE ROY. — Transplantation du muscle droit interne dans l'incontinence d'urine. *The Journal of the American méd. Assoc.*, Chicago, mars 1926.
- ECKE. — Traitement de la rétention par les injections intra-veineuses d'urotropine. *Zentr. f. Gyn.*, n° 32, 9 août 1924.
- EYMER. — Traitement de l'incontinence d'urine urétrale. *Monatssch f. Geb. und Gyn.*, t. LXVII, 1924.
- FLORCKEN. — Trait. opératoire de l'incontinence d'urine. *Munch. med. Woch.*, 12 août 1921.
- FRANGENHEIM. — *Zeitsch. fur Urol. Chir.*, 12 juillet 1922.
- FRANZ. — L'autoplasie du releveur dans le traitement opératoire de l'incontinence d'urine. *Verhandl. d. Deut. Gesell. f. Urol.* (V^e Congr.), Vienne, 1921.
- *Zentralblatt f. Gyn.*, 1919, p. 1116.
- *Wiener Klin. Woch.*, 1919, n° 7.
- GARRIGA ROCCA. — Tratamiento de la incontinencia vésical no fistulosa en la mujer. *Rev. Espanala de Obst. y Gin.*, Madrid, novembre 1926.
- GELPI. — Incontinence of urine in Women. *New. Orl. Med. and surg. J.*, t. LXIX, 1917.

- GÉRAGHTY. — Sphinctérotomie par l'urètre. *Journ. of Urology*, mai 1922.
- GERSUNY. — *Zentralblatt. f. Chir.*, 1889, n° 25.
- GOEBEL. — Zur operativen Beseitigung der angeborenen incontinencia vesical. *Zeitsch. für gyn. Ur.*, t. II, 1921.
- GRIPEKOVEN. — Etiologie de la rétention d'urine. *Scolpel*, n° 39, 1927.
- GRISOGONO. — Opération de Goebell-Stöckel. *Zentr. für Gyn.*, 15 juillet 1922.
- HICKS. — Incontinence of urine after labor. *Britisch. méd. Journal*, 1873, p. 659.
- HISGEN. — Traitement opératoire de l'incontinence d'urine. *Zentralblatt für Gyn.*, 10 décembre 1921.
- HOFMEIER. — *Annales de Gynécologie*, 1906, p. 701.
- HORN. — Treatment of bladder symptoms in Women who have born children. *Clin. Chicago*, t. XXXIX, 1918.
- KRAMER. — Contracture of the vésical neck. *Med. Journ. and record.*, n° 2, 1928.
- LAMBREON. — Guérison d'un cas d'incontinence urinaire. *Journ. d'accouch.*, t. XXI, Liège, 1900.
- LUSÉNA. — Les opérations myoplastiques dans le traitement des incontinnances chez la femme. *Ann. ital. de chir.*, n°s 10, 11, 12, décembre 1922.
- *Archiv. ital. di chir.*, n°s 4 et 5, juillet 1923.
- LIECK. — Mode d'action de l'autoplastie par le fascia pyramidal. *Zeit. f. Gyn.*, février 1922.
- LIKENBACH. — Valeur de l'opération de Goebel-Stöckel. *Zentr. f. Gyn.*, 30 juillet 1921.
- MICHAÏLOFF. — Traitement de l'incontinence d'urine d'après Gubareff. *Journ. d'Ac. et Gyn.*, t. XIV, 1900, St-Pétersbourg.
- MACKENRODT. — *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, t. LXXXV, 1922.
- MANDELSTAMM. — Sur l'opération de Goebell-Stöckel. *Zentr. f. Gyn.*, 15 décembre 1923.
- MILLER. — *Americ. J. of Obst. and Gyn.*, octobre 1924.
- Incontinence of urine following labour. *Amer. Gyn. Cocy.*, 1909.
- MILN MURAY. — On a form of a post-partum incont. of urin. *Brist. méd. J.*, 1881.

- MULLER. — *Zentralblatt. f. Gyn.*, 28 octobre 1922.
- MARKOFF. — Contribution à l'étude de la restauration de l'rètre chez la femme. *Gynéc. et obst.*, 1928, n° 1.
- MAC KERRON. — Suppres. of urine following labour. *Journal of obst. and Gyn. of the Brit.*, 1902.
- OTTOW. — Les lésions de la vessie au cours de l'accouchement. *Zeut. f. Gyn.*, novembre 1927.
- PROETORIUS. — *Zeitsch. f. Urol.*, t. XIV, 1920.
- RALPH WALDO. — Restoration of the neck of the bladder and urétra. *N. Y. obst. Socy.*, t. LVII, 1908.
- RUBSAMEN. — *Münch. med. Woch.*, 9 septembre 1921.
— *Archiv. f. Gyn.*, t. VXIV, 1921, n° 3.
- RAUCH. — Rétention incomplète et énorme distension des infections due à une contracture du cos vésical, sphinctérotomie partielle, guérison. *Zeitschrift für Urol.*, 1924.
- SANTI. — *Arch. ital. di Chir.*, 5 décembre 1919.
- SÉREBRINA. — Action of urotropine in post-pactum. *Mosk. med. Journ.*, 1927, p. 30.
- SHELDON. — *Annals of surgery*, janvier 1922.
- SCHOENHOLZ. — *Zentralblatt. f. Gyn.*, octobre 1923.
- SAMUEL AMBERG. — Certains aspects de l'incontinence d'urine. *Journ. of the Americ. med. assoc.*, Chicago, octobre 1924.
- SHIGMATSU. — Etude expérimentale de la rétention d'urine. *Université impériale de Kyushu, Japon*, janvier 1928.
- SCHLESINGER. — Traitement de la rétention d'urine par les injections de sérum physiologique. *Zentr. f. Gyn.*, novembre 1924.
- SCHWAB. — Traitement de l'ischurie post-opératoire par les injections intra-veineuses d'urotropine. *Zentr. f. Gyn.*, août 1924.
- STOECKEL. — *Zentr. f. Gyn.*, 1917, n° II.
— *Zentr. f. Gyn.*, 8 janvier 1921.
— *Inkontinenz. Zeit. f. Geb. und Gyn.*, n° 3, 1928.
- TAUSSIG. — Opération pour incontinence chez la femme par transplantation du releveur. *Americ. J. of Obst. and Diseases of Women*, juin 1918.

- TAYLOR et WATT. — Incontinence of urine in Women. *Transact. Americ. soc. Gyn.*, Philadelphie, 1916.
- WALL. — Incontinence in the female. *South. méd. Journ.*, Birmingham, 1916.
- WINCKEL. — *Münch. méd. Woch.*, n° 1, 1886.
- WATSON. — Contrôle imparfait de la miction après l'accouchement et son traitement chirurgical. *British méd. Journal*, 27 septembre 1924.
- VOGT. — L'injection intra-veineuse d'urotropine dans la thérapeutique de la rétention d'urine. *Münch. méd. Woch.*, juin 1924.
- WEINZIERT. — *Zentr. f. Gyn.*, n° 32, août 1924.
- WERTHEIM. — *Die operative Behandlung des Prolapses mittels Interposition und suspension des Uterus*, Berlin, 1919.
- YOUNG. — Traitement opératoire de l'incontinence. *Journal of Urol.*, novembre 1922.
-

Table des Matières

Avant-Propos.....	9
Introduction.....	11
<i>Chapitre Premier.</i> — Historique	13
PREMIÈRE PARTIE. — Incontinence.....	17
<i>Chapitre II.</i> — Etude anatomo-pathologique.....	19
<i>Chapitre III.</i> — Etiologie et Pathogénie.....	21
<i>Chapitre IV.</i> — Etude clinique.....	27
<i>Chapitre V.</i> — Evolution.....	29
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement.....	31
DEUXIÈME PARTIE. — Rétention d'urine.....	49
<i>Chapitre Premier.</i> — Généralités.....	51
<i>Chapitre II.</i> — Pathogénie	55
<i>Chapitre III.</i> — Symptômes.....	59
<i>Chapitre IV.</i> — Traitement	63
Conclusions.....	67
Bibliographie.....	69

